

Guardián Apellido

Guardián Nombre de pila

MI

Jr/Sr

[Grid for Guardian Last Name]

[Grid for Guardian First Name]

[Grid for MI]

[Grid for Jr/Sr]

Dirección de la calle

Edificio

Apt.

[Grid for Street Address]

[Grid for Building]

[Grid for Apt.]

Ciudad

Estado

Código postal

[Grid for City]

[Grid for State]

[Grid for Zip Code]

Condado de residencia

¿ha recibido previamente una silla de seguridad para niños del programa Safe Ride?

[Grid for County]

[No] [Sí] Fecha: ___/___/___

Teléfono de casa

Celular

Proveedor de telefonía celular

[Grid for Home Phone]

[Grid for Cell Phone]

[Grid for Cell Provider]

Dirección de correo electrónico de Internet

[Grid for Email Address]

Relación con el niño

[Padre] [Guardián legal] [Guardián temporal] [Miembro de la familia custodio] [Otros: _____]

Ingreso anual (antes de impuestos)

Casa: Adultos

Niños

Estado del empleo

[Grid for Annual Income]

[Grid for Adult House]

[Grid for Children House]

[Tiempo completo] [Tiempo parcial] [Desempleados]

Empleador

Título del trabajo

[Grid for Employer]

[Grid for Job Title]

Información del niño

Apellido

Nombre de pila

MI

Jr/Sr

[Grid for Child Last Name]

[Grid for Child First Name]

[Grid for Child MI]

[Grid for Child Jr/Sr]

Fecha de nacimiento

Edad (en años)

Edad (en meses)

Género

Pediatra

[Grid for Birth Date]

[Grid for Age in Years]

[Grid for Age in Months]

[Grid for Gender]

[Grid for Pediatrician]

Por favor, describa su situación y por qué necesita un asiento para automóvil:

[Multiple horizontal lines for description]

¿Cómo se refirió al programa?

[Line for referral method]

¿eres un participante de SGUH? [Si] [No]

| ¿Estás interesado en el programa de abrazos? [Si] [No]

¿es usted un cliente de servicios especiales para niños? [Si] [No]

| ¿tiene un niño con necesidades especiales? [Si] [No]

¿es usted un participante del programa CIW? [Si] [No]

| ¿última visita de CIW?: _____

¿está usted o su hijo matriculado en TennCare? [Si] [No]

| Si no, ¿le interesa la calificación? [Si] [No]

Acuerdo y términos del programa

El programa Safe Ride proporciona asientos para automóviles y asientos elevados a los miembros de la comunidad que lo necesitan y durante situaciones de emergencia. Los participantes del programa deben ser los cuidadores primarios, incapaces de proporcionar un dispositivo de retención para niños, cumplir con los requisitos mínimos de la directriz federal de poverty y si es elegible ser un participante de abrazos. Los productos están disponibles a través de una subvención de salud de la minoría del estado de Tennessee y sujeto a disponibilidad de asientos y fondos. Todos los participantes en el programa Safe Ride están obligados a someterse a un proceso de evaluación y revisión por el administrador del programa, el director de salud del Condado, los coordinadores de servicios infantiles y sus designados. Antes de que el asiento sea distribuido o instalado, el participante puede ser requerido para asistir a un entrenamiento de concientización sobre seguridad del niño proporcionado por el Departamento. La instalación es proporcionada por un educador certificado de seguridad infantil para pasajeros sin costo alguno para el destinatario. Todos los asientos son propiedad del Departamento de salud del Condado de Williamson y al aceptar el asiento, usted acuerda no transferir, regalar o vender/beneficiar el asiento del automóvil/Booster sin el consentimiento del Coordinador del programa o del Director de salud del condado. Para la instalación: esta instalación y la inspección se están proporcionando como servicio educativo libre al cuidador. Este programa no puede evaluar completamente la calidad, seguridad o condición de la silla de seguridad para niños, cualquier asiento de seguridad para niños proporcionado o cualquier componente de mi vehículo, incluyendo asientos o cinturones de seguridad; y que este programa no puede garantizar la seguridad de mi hijo en una colisión de vehículo. Entiendo que es importante leer y seguir los manuales de instrucciones tanto para el vehículo como para el asiento del automóvil. Por estas razones, por la presente libero al Departamento de salud de Tennessee, al Gobierno del Condado de Williamson y a sus respectivos agentes de cualquier responsabilidad presente o futura por cualquier lesión o daño que pueda resultar de una colisión de vehículo o de otra manera.

Firma: _____ Fecha: _____